

**Możliwe skutki uboczne:**

- Dyskomfort, nieznaczny, umiarkowany ból w trakcie zabiegu i/lub po jego zakończeniu
- Rumień, obrzęk tkanek
- Opóźnione gojenie
- Krwawienie, krwiak
- Poparzenia tkanek, powstawanie pęcherzy
- Tkliwość obszaru poddanego zabiegowi, bolesność
- Nieswoiste zapalenie tkanek, wykwity skórne lub śluzówki
- Świąd, przesuszenie i/lub złuszczenie się skóry, strupy, odczyn uczuleniowy
- Zakażenie tkanek
- Hiperpigmentacja lub hipopigmentacja tkanek
- Parestezja
- Plamy hemosyderynowe
- Martwica tkanek, owrzodzenia
- Bliznowacenie, w tym bliznowacenie przerostowe i rozrostowe
- Przemijające wywinięcie powieki,
- Zakrzepowe zapalenie żył podskórnych
- Epilacja laserowa może powodować paradoksalny wzrost owłosienia u niektórych pacjentów, oraz zwiększoną produkcję potu
- Dodatkowe możliwe skutki uboczne w fotobiomodulacji (Nd:YAG): chwilowy wzrost bólu w przewlekłych stanach bólowych, zmęczenie po zabiegu,
- Dodatkowe możliwe skutki uboczne w przypadku zabiegów usuwania tatuaży wykonywanych laserem Fotona StarWalker MaQX oraz PQX: przejściowe lub rozległe odczyny uczuleniowe wywołane uwalnianiem się pigmentu z tatuaży lub ich przemianami pod wpływem światła laserowego, niedokrwienie od nadmiernego ciśnienia w jamie ciała po usunięciu tatuażu, pociemnienie pigmentu tatuażu.

Ja, niżej podpisana(-y) ..... oświadczam, iż  
zapoznałam(-em) się z powyższą listą możliwych skutków ubocznych.

.....

(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna prawnego)

## Zgoda na przetwarzanie danych

Ja niżej podpisany/a ....., niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę OPTIMA MEDYCYNA S.A. z siedzibą w Opolu (dalej zwaną „Administratorem”), w celu wykonania usługi wybranego przez Pacjenta świadczenia medycznego (zabiegu). Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jednocześnie decyduje o możliwości zakwalifikowania do wykonania zabiegu, przez co czyni tę zgodę konieczną. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych może być Administrator oraz podmioty trzecie świadczące dla Administratora usługi, dla których przetwarzanie danych okaże się konieczne.

Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od Administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....

(data i czytelny podpis)

<b>Parametry zabiegowe</b>
Data:
Rodzaj zabiegu:
Parametry zabiegu:
Wykonujący zabieg: